FICHA DE CARACTERIZACIÓN FAMILIAR PARA LA IDENTIFICACIÓN DE DISCAPACIDAD PSICOSOCIAL

DATOS PERSONALES			
Primer Apellido **ORREGO**	**Segundo Apellido** **FRANCO**	**Nombres** **CARLOS ALBERTO**	
Documento de Identificación **No.__75047972_____ de __AGUADAS_____**	**Sexo** **F M X**	**Edad** **____55_____**	
Fecha y Lugar de Nacimiento **Día _19__ Mes __02_ Año __1970___ Departamento ___CALDAS_____ Municipio _____AGUADAS____**			
Estado Civil **Casado(a): ___ Soltero(a): __X_ Unión Libre: ___ Viudo (a)____ Hijos: (Si) (No) _X_____** **¿Cuántos?**			
Datos de Correspondencia **Barrio/Vereda: ____RENAN BARCO_____ Dirección: _____CARRERA 5 A · 21 - 58 RENAN PRIMERA ETAPA_____Teléfono __3137098131_____Municipio:___AGUADAS_____**			
Nivel Educativo **PRIMARIA**	**Ocupación** **RECICLAJE**		
Seguridad Social **(Si)X (No) ¿Cuál? _____NEPS_____**	**Tipo de Vivienda** **Propia X___ Familiar ___ Arrendo ___**		
Nro. De habitaciones **3**	**Nro. De Habitaciones que se usan como dormitorio** **2**	**Con quién comparte habitación** **SOLO**	

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Trastorno Afectivo Bipolar: _____ Esquizofrenia: _____ Epilepsia: ____ Depresión Unipolar: ____

Trastorno por Estrés Postraumático: ____ Consumo de Sustancias Psicoactivas____ Intento de Suicidio____ Trauma encefalocraneano____ Meningitis_____ Discapacidad Física__X__ (Especificar) _DISCAPACIDAD VISUAL POR PERDIDA DE UNO DE SUS OJOS Otro: ¿Cuál? TRASTORNO DEPRESIVO RECURRENTE, EPISODIO MODERADO PRESENTE

Tiempo de diagnóstico: APROXIMADAMENTE 5 AÑOS

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

CONTROLES

1. **PERIODICIDAD DE CONTROLES:**

( ) Mensual
( ) Trimestral
(X) Semestral
( ) Anual
( ) Sin Controles

ÁREAS:

Medicina General:	**X**
Psiquiatría:	
Psicología:	**X**

FECHA DEL ULTIMO CONTROL: ____MAYO DE 2025_____

2. **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO SI (X)** NO ( )

Medicamentos:

QUETIAPINA, ESCITALOPRAM

3. **¿TOMA LOS MEDICAMENTOS A LA HORA INDICADA?** SI (X) NO ( )
4. **¿CUANDO LOS SÍNTOMAS DESAPARECEN, SUSPENDE EL TRATAMIENTO?** SI ( ) NO (X)
5. **¿PARA QUE SIGA EL TRATAMIENTO, ES NECESARIO QUE OTROS LE RECUERDEN QUE DEBE TOMARLO?** SI ( ) NO (X)

6. FRECUENCIA DE TOMA DE MEDICAMENTOS:
(X) Diario ( ) Semanal ( ) Ninguno Dosis:_____

7. ¿EL PACIENTE TIENE CONOCIMIENTO DE SU TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO?
SI (X) NO ( )

MOTIVO DE NO ADHERENCIA: NINGUNO, EL PACIENTE MANIFIESTA SIEMPRE CUMPLIR CON LA TOMA DE SUS MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES:

_____
_____
_____

DISCAPACIDAD A NIVEL PERSONAL Y EMOCIONAL

8.	**CUIDAD DE SI MISMO**	
A.	Aseo personal e higiene	SI (X) NO ( )
B.	Responsable de su alimentación	SI (X) NO ( )
C.	Responsable de la toma de medicamentos	SI (X) NO ( )
D.	Responsable de asistir a controles y citas medicas	SI (X) NO ( )
E.	Controles odontológicos	SI (X) NO ( )
F.	Controles oftalmológicos	SI (X) NO ( )
G.	Otros controles médicos	SI (X) NO ( )
9.	**ACTIVIDADES SIGNIFICATIVAS**	
A.	Tiene manejo del tiempo libre	SI (X) NO ( )
B.	Asiste a proceso de capacitación o formación	SI (X) NO ( )
C.	Hace actividad física y/o deporte Qué tipo de Actividad CAMINAR MONTAR BICICLETA Con qué frecuencia: DIARIO Por cuánto tiempo: UNA HORA	SI (X) NO ( )
D.	Fortalecimiento de la parte espiritual Qué religión o doctrina practica: CATOLICO	SI (X) NO ( )
E.	Escucha música Qué tipo música escucha: POPULAR	SI (X) NO ( )
F.	Tiene hábito de lectura Qué tipo de lectura prefiere: PERIODICO	SI (X) NO ( )
G.	Participa en celebración de fechas especiales	SI ( ) NO (X)
H.	Asiste o participa de alguna organización o grupo	SI (X) NO ( )
I.	Tiene habilidades manuales o artísticas (música, pintura, etc.) ¿Cuáles? _____	SI ( ) NO (X)
10.	**PERDIDA DE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA EMOCIONAL**	
A.	Se aleja	SI ( ) NO (X)
B.	Busca a la persona más cercana	SI (X) NO ( )
C.	Llora constantemente	SI ( ) NO (X)
D.	Se frustra	SI (X) NO ( )
E.	Se dirige a alguna institución para buscar ayuda	SI (X) NO ( )
F.	Golpea los objetos	SI ( ) NO (X)
G.	Golpea a otras personas	SI ( ) NO (X)
H.	Se causa lesiones	SI ( ) NO (X)
I.	Se siente solo y desamparado	SI ( ) NO (X)
J.	Encuentra soluciones	SI ( ) NO (X)
K.	Sale de su casa	SI (X) NO ( )
L.	Se siente una carga para su familia	SI ( ) NO (X)

M.	Ideación suicida (¿Ha contemplado atentar contra su vida?)	SI ( ) NO (X)
N.	¿La ideación suicida ha estado presente en el último año?	SI ( ) NO (X)

11. ¿QUÉ HACE CUANDO SE ENFERMA Y/O NOTA QUE SE ESTÁ DESCOMPENSANDO?

ACUDIR A LA HERMANA, TOMAR MEDICAMENTOS, ASISTIR A LOS CONTROLES

12. ¿QUÉ SABE ACERCA DE SU ENFERMEDAD MENTAL?

QUE ES TRATABLE, QUE SE PUEDE CONTROLAR CON TERAPIA Y MEDICAMENTOS

OBSERVACIONES: ¿Cómo se visualiza en un futuro?

REALIZANDO ACTIVIDADES COTIDIANAS COMO ASISTIR AL PARQUE CONVERSANDO CON LOS AMIGOS Y CUMPLIENDO CON SUS ACTIVIDADES DIARIAS.

DISCAPACIDAD EN EL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

ESTRUCTURA FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	ESTUDIOS	PROFESIÓN	OBSERVACIONES
MARTHA CECILIA ORREGO FRANCO	**HERMANA**	**53**	**MAGISTER**	**DOCENCIA**	

TIENE REDES DE APOYO DIFERENTES AL GRUPO FAMILIAR: SI (X) NO ( )

¿CUÁL? EL PACIENTE MANIFIESTA _" A VECES ALGUNOS AMIGOS EN EL PARQUE"

DEFICIENCIAS DE LA PARTICIPACIÓN EN:

13. ROL A NIVEL PARENTAL	
A. Pautas de crianza	SI ( ) NO ( )
B. Autoridad	SI ( ) NO ( )
C. Autonomía	SI ( ) NO ( )
D. Sobre protección	SI ( ) NO ( )
E. Relación amalgamada	SI ( ) NO ( )

14. ROL A NIVEL FAMILIAR:	
A. Fuerte	SI (X) NO ( )
B. Estrecha	SI (X) NO ( )
C. Conflictiva	SI ( ) NO (X)
D. Distante	SI ( ) NO (X)

15. ROL A NIVEL MARITAL	
A. Aprenden a manejar los conflictos y las diferencias	SI ( ) NO ( )
B. Hay manejo del estrés entre ambos	SI ( ) NO ( )
C. Hay respeto	SI ( ) NO ( )
D. Comunicación	SI ( ) NO ( )
E. Vida sexual activa	SI ( ) NO ( )

OBSERVACIONES: EL PACIENTE MANIFIESTA NO TENER HIJOS Y NO CUMPLE UN ROL PARENTAL O ESTAR EN UNA RELACION MARITAL POR LO TANTO NO SE RESPONDEN LAS ANTERIORES CASILLAS

DISCAPACIDAD SOCIAL

16. POCO CONTACTO SIGNIFICATIVO CON LAS PERSONAS	
A. Cuenta con una grupo de amigos	SI (X) NO ( )
B. Ve televisión (va al cine)	SI (X) NO ( )
C. Sale de paseo	SI ( ) NO (X)
D. Tiene Hobbies	SI ( ) NO (X)
E. Sale de compras	SI ( ) NO (X)

17. RELACIONES CON LA RED DE APOYO SOCIAL (VECINOS)	
A. Conflictivo	SI ( ) NO (X)
B. Participativa	SI ( ) NO (X)
C. Apática	SI (X) NO ( )

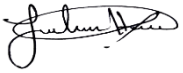
DISCAPACIDAD OCUPACIONAL	
18. Trabaja actualmente	SI ( ) NO (X)
Ocupación laboral:	
19. Nivel de satisfacción laboral	
A. Satisfecho	SI ( ) NO ( )
B. Insatisfecho	SI ( ) NO ( )
20. Desempeño laboral	
A. Rinde adecuadamente en su trabajo	SI ( ) NO ( )
B. Le gusta el trabajo que desempeña	SI ( ) NO ( )
C. Es ágil	SI ( ) NO ( )
21. Relación con los jefes y superiores	
A. Buena	SI ( ) NO ( )
B. Mala	SI ( ) NO ( )
C. Comunicativa	SI ( ) NO ( )
D. Acata ordenes	SI ( ) NO ( )
22. Relación con los compañeros de trabajo	
A. Unida	SI ( ) NO ( )
B. Ayuda mutua	SI ( ) NO ( )
C. Comunicativa	SI ( ) NO ( )
D. Tensa	SI ( ) NO ( )
E. Discusiones y peleas	SI ( ) NO ( )
23. Labores del hogar	
A. Colabora en las diferentes actividades del hogar	SI ( ) NO ( )
B. Aporta económicamente al hogar	SI ( ) NO ( )
24. Si NO trabaja	
A. ¿Hace cuánto no lo hace?	**5 AÑOS**
B. Cuál fue la última ocupación: OFICIOS VARIOS	

_____

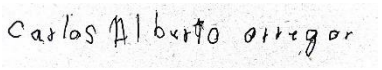
OBSERVACIONES:

_____
_____
_____
_____
_____

NIVEL DEL RIESGO PSICOSOCIAL		
ALTO _____	**MODERADO** ____X_____	**BAJO**_____



FIRMA DEL PROFESIONAL



FIRMA DEL USUARIO